CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES NERVEUX

A TOPOGRAPHIE RADICULAIRE

N° 32
17

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES NERVEUX

A TOPOGRAPHIE RADICULAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 avril 1907

PAR

JEAN-PIERRE TARDRES

Né au Collet-de-Dèze (Lozère), le 30 avril 1881

Interne de 1re classe des Hôpitaux

ROYAL COLLEGE OF S...
LIBRARY

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine



MONTPELLIER

Imprimerie Grollier, Alfred DUPUY successeur

Boulevard du Peyrou, 7

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)............ DOYEN.
SARDA.................. ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale..............................	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale..........................	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale..............	HAMELIN (✻).
Clinique médicale..............................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale..............................	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales........	GRANEL.
Clinique chirurgicale..........................	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.......................	TRUC (✻).
Chimie médicale................................	VILLE.
Physiologie....................................	HEDON.
Histologie.....................................	VIALLETON.
Pathologie interne.............................	DUCAMP.
Anatomie.......................................	GILIS.
Opérations et appareils........................	ESTOR.
Microbiologie..................................	RODET.
Médecine légale et toxicologie.................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants..............	BAUMEL.
Anatomie pathologique..........................	BOSC.
Hygiène..	BERTIN-SANS (H).
Clinique obstétricale..........................	VALLOIS.

Professeurs-adjoints : M. RAUZIER, De ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe....................	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale...................	N...
Clinique gynécologique................	De ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements.........................	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires..	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie........	MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIERE.
RAYMOND (✻).	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. H. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la thèse :

MM. BAUMEL, *président*.	MM. VIRES, *agrégé*.
RAUZIER, *professeur adjoint*.	SOUBEIRAN, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MON FRÈRE

J.-P. TARDRES.

A TOUS MES PARENTS

A MON AMI LÉON SULTANA

J.-P. TARDRES.

A MON MAITRE M. LE PROFESSEUR CRESPIN

A MES MAITRES
DES HOPITAUX ET DE L'ÉCOLE D'ALGER

J.-P. TARDRES.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

J.-P. TARDRES.

AVANT-PROPOS

Voici terminée, pour nous, la première étape des études médicales ; la plus belle, disent tous ceux qui l'ont franchie, celle qui laisse au cœur les meilleurs souvenirs, les regrets les plus chers...

Je les crois, certes, volontiers. C'est comme une partie de nous-même que nous avons laissée dans cette Ecole d'Alger, dans cet hôpital de Mustapha ou d'El-Kettar, où nous avons acquis nos connaissances professionnelles, où nous avons, surtout, senti s'affermir et se développer l'amour de l'art médical.

Nous remercions bien sincèrement et exprimons toute notre reconnaissance à nos Maîtres des Hôpitaux et de l'Ecole d'Alger. Nous nous adressons spécialement à MM. les professeurs Cange, Curtillet, Soulié et Scherb dont nous avons été l'externe ; à MM. les professeurs Vincent, Crespin, Brault, Rey ; et MM. les docteurs Battarel, Denis, Sabadini et Saliège dans les services desquels nous avons accompli notre temps d'internat.

Nous sommes heureux de remercier également M. le doc-

teur Gillot des conférences et des leçons cliniques qu'il nous donna si obligeamment, dans son service, lorsque nous préparions l'Internat.

Quand la chaire de Clinique obstétricale de l'Ecole d'Alger avait l'avantage d'être occupée par M. le professeur Goinard, nous avons suivi ses excellentes leçons. Qu'il reçoive l'assurance de notre vive gratitude.

Mais, parmi nos Maîtres, il en est un à qui nous devons tout particulièrement exprimer notre reconnaissance et notre affection ; c'est M. le professeur Crespin, qui nous témoigna toujours une si grande bienveillance dans le cours de nos études ; et à qui nous devons, d'ailleurs, le sujet de cette thèse. Nous n'oublierons pas la période d'internat que nous avons accomplie dans son service des contagieux d'El-Kettar, alors qu'une riche épidémie de variole fournissait à chaque visite l'occasion de nombreuses et si intéressantes leçons.

M. le professeur Baumel, en acceptant la présidence de cette thèse nous a fait un très grand honneur, et nous lui adressons nos sincères et respectueux remerciements.

Que nos camarades d'étude et d'internat soient certains que nous n'oublierons pas nos cordiales relations, mais nous nous adressons tout particulièrement à nos excellents amis les docteurs Gardon, Délémontey, Artigues et De Mouzon qui furent si souvent nos compagnons de garde, avec lesquels nous avons tant de communs souvenirs.

INTRODUCTION

Au mois de juin 1906, entrait à l'Ambulance d'El-Kettar, service de M. le professeur Crespin, et annexe de l'hôpital d'Alger, un Arabe atteint de variole discrète. L'évolution fut assez rapide et la convalescence survint au bout d'une trentaine de jours. Mais peu de temps après apparurent des tremblements du type sclérose en plaques, avec un degré assez accusé de paraplégie. Ces phénomènes durèrent deux mois environ, après lesquels le malade sortit.

Au bout de quelques semaines, se trouvant fatigué et toussant, il revint à l'Ambulance, où l'on constata de la tuberculose au début. Vers le mois de novembre 1906, il eut un jour, aux membres supérieurs et inférieurs, une éruption ortiée qui présentait le caractère frappant d'affecter une distribution nettement radiculaire. On constatait, en outre, divers troubles sensitifs et trophiques de la surface cutanée.

Après avoir mis l'observation sous les yeux du lecteur, nous discuterons la symptomatologie, puis nous aborderons successivement l'étude du diagnostic, de la pathogénie et de l'étiologie; nous terminerons par quelques considérations thérapeutiques et une conclusion générale.

OBSERVATION

(décembre 1906)

Le malade est un Arabe de 18 ans, paraissant de bonne constitution ; journalier. Il est impossible d'obtenir des renseignements précis sur ses antécédents héréditaires et même personnels. Nous apprenons seulement que vers l'âge de 10 ans, il a souffert d'une maladie aiguë qui dura presque un mois, et pendant laquelle il éprouvait une grande faiblesse et des douleurs dorsales dans la station debout.

Il y a 6 mois, en juin 1906, il entre à El-Kettar pour variole. L'éruption est discrète et la maladie évolue sans complication apparente en un mois environ. Mais pendant la convalescence, il présenta les troubles nerveux que voici :

Les membres inférieurs s'affaiblissent au point de rendre en quelques jours la marche impossible ; les membres supérieurs sont le siége d'un tremblement qui apparaît à l'occasion des mouvements volontaires, qui n'existe pas au repos. Ce tremblement occupe tout le membre et augmente progressivement à mesure que le mouvement volontaire se continue. Ce sont exactement les caractères du tremblement de la sclérose en plaques. Les réflexes rotuliens sont exagérés, et il existe de la trépidation épileptoïde, bilatérale. Pas de signe de Babinski.

On ne constate pas de troubles sensitifs ni sensoriels.

La paraplégie et les tremblements persistent pendant deux mois, puis disparaissent complètement, et le sujet quitte alors le service pour reprendre son travail de journalier.

Mais, six semaines plus tard, le 18 octobre 1906, il revient à l'Ambulance. Nous apprenons que bientôt après sa sortie, il s'est mis à tousser et à maigrir et que la fatigue a fini par le contraindre à interrompre son travail.

A l'auscultation, on constate au sommet droit une respiration soufflante avec expiration prolongée et saccadée ; les vibrations vocales sont un peu plus perceptibles qu'à gauche. Le diagnostic de tuberculose au début s'impose. Remarquons en passant que cette rapidité du développement de la bacillose chez un varioleux est bien conforme aux idées de Landouzy.

Le 29 octobre, un jour qu'il avait mangé des merlans, le sujet eut sur les membres une éruption d'urticaire. Elle offrit d'abort l'aspect de l'urticaire aiguë commune ; mais au lieu de disparaître complètement dans un temps très court, comme cette dernière, elle pâlit sans s'effacer, devint légèrement papuleuse, noueuse, et persista ainsi pendant une cinquantaine de jours. Dans cette longue période, l'éruption eut plusieurs recrudescences, pendant lesquelles le prurit devenait plus violent, les éléments apparaissaient un peu mieux ou même augmentaient de nombre, mais ils n'offrirent jamais, comme au début, l'aspect de l'urticaire vulgaire.

Au moment de ces poussées ou dans leurs intervalles, le malade a présenté plusieurs fois de l'hyperhydrose. Celle-ci occupe aux membres supérieurs l'aisselle et les mains (paume et dos) ; *aux membres inférieurs, elle est exactement comprise dans la zone d'éruption*. Cette hyperhydrose partielle s'accompagne d'un prurit violent.

Quant on raie fortement, avec un instrument piquant, la

surface éruptive, il ne tarde pas à se produire de l'urticaire dermographique. Ce phénomène apparaît aussi sur la peau voisine de l'éruption.

Ce qui est surtout frappant dans l'éruption est sa topographie, qui est nettement radiculaire. Elle est comprise, en effet, dans les zones suivantes :

Aux membres supérieurs. Zones des 5e, 6e et 7e racines cervicales postérieures, suivant les schémas de Thornburn, reproduits par Testut (Ed. 1899, t. II, p. 238).

Aux membres inférieurs. Zones des 3e et 4e racines lombaires postérieures, suivant les schémas de Head et Campbell, reproduits par Langevin dans sa thèse (pp. 82 et 83) (1).

Si nous avons recours à des auteurs différents pour les limites de ces zones, c'est qu'elles ne sont pas tout à fait les mêmes dans les figures de chacun. Pour les racines cervicales, la différence n'est pas grande, mais elle est bien plus sensible pour les lombaires. Ce sont les zones éruptives de notre malade qui nous ont guidé dans ce choix.

Ces zones éruptives sont très rigoureusement symétriques, tant pour les membres supérieurs que pour les membres inférieurs. Elles ne recouvrent pas complètement les zones précitées puisque l'éruption est absente au niveau du thorax, où existe une bande transversale répondant à C^6 et C^7 (voir Testut, fig. 158, t. III). Mais ailleurs, sur les membres, les zones radiculaires sont à peu près recouvertes, et jamais elles ne sont dépassées. Cette superposition des éléments éruptifs aux territoires des racines postérieures est surtout manifeste aux bras et aux avant-bras, aux cuisses et aux jambes. Elle est bien moins nette aux pieds et aux mains,

(1) Voir dans nos indications bibliographiques.

car à ce niveau les éléments sont rares. Mais nous verrons tout à l'heure que certains phénomènes sensitifs viendront quelquefois compléter l'éruption là où, étant trop discrète ou n'existant pas, elle ne recouvre pas complètement les zones précitées.

Nous avons pratiqué à deux reprises l'examen de la sensibilité cutanée, et nous dirons successivement le résultat de ces deux examens. S'ils présentent quelques lacunes, c'est que nous n'avons voulu mentionner que les constatations qui ne laissaient place à aucun doute. Pour la sensibilité à la chaleur, par exemple, les résultats nous ont paru trop peu convaincants pour être mentionnés.

Examen du 10 décembre 1906

1° DOULEUR.

Quand on pique la surface cutanée avec une épingle, on constate que :

Aux membres supérieurs existe une hypoesthésie très marquée dans les zones d'éruption ; la piqûre est normalement sentie dans les zones sans éruption.

Aux membres inférieurs, on a un ordre inverse : hypoesthésie très marquée dans la partie externe, sans éruption ; tandis que la piqûre est bien sentie dans la partie interne où se trouve l'éruption.

2° FROID.

Quand on applique sur la surface cutanée un morceau de glace, on constate que :

Aux membres supérieurs, l'éruption correspond à la zone de sensibilité normale. La surface sans éruption procure au sujet une sensation de *chaleur*.

Aux membres inférieurs, la sensation de froid existe normale au niveau de l'éruption. Pour la surface cutanée non éruptive, la face postérieure de la jambe conserve sa sensibilité normale. Partout ailleurs, à la cuisse et à la jambe, la sensibilité est d'autant plus altérée que la surface observée est plus distante de l'éruption. Les zones qui en sont le plus éloignées procurent au malade une sensation de *chaleur*.

3° Contact.

Membres inférieurs. Du côté externe, qui correspond aux zones sans éruption, le malade ne sent pas le contact. Il n'y a perception que si l'on appuie fortement. — Du côté interne qui correspond à l'éruption, le malade sent très bien le contact.

On voit que si l'on excepte la douleur à la piqûre aux membres supérieurs, les autres modes de la sensibilité cutanée qui furent étudiés sont adultérés dans les parties non éruptives, et conservés normaux dans les parties éruptives.

Examen du 16 décembre 1906

1° Douleur.

Aux membres supérieurs. Sensation partout, mais hyperesthésie au niveau de l'éruption.

Comme précédemment, les zones non éruptives ont conservé leur sensation normale, et les zones d'éruption réagissent anormalement, mais par de l'hyperesthésie, tandis que le 10 décembre c'était par de l'hypoesthésie.

Aux membres inférieurs. Face interne, et face postérieure des cuisses, perception normale. Ailleurs, aux cuisses aux jambes et aux pieds, hypoesthésie très marquée.

Comme précédemment, la partie externe des cuisses a de l'hypoesthésie ; la partie interne est normale. Comme particularité notable et nouvelle : la jambe et les pieds sont entièrement hypoesthésiés et très nettement d'ailleurs.

Dos. Densation normale partout.

2° Froid.

Membres inférieurs. La sensibilité normale n'existe qu'à la partie interne des cuisses. Le reste de la surface cutanée de la cuisse et toute celle de la jambe et du pied ont une inversion de la sensibilité : glace = chaud.

Donc, comme particularité nouvelle, les jambes et les pieds offrent sur toute leur surface une inversion de la sensibilité au froid.

Face. Dans la région sous-orbitaire existe de chaque côté une tache brunâtre ayant à peu près les dimensions d'une pièce de cinq centimes. Ces deux taches sont reliées par une autre, qui passe sur le dos du nez.

Au niveau de cette surface pigmentée : froid = chaleur légère.

Cou. Sur le cou, même sensation : froid = chaleur légère.

Thorax. A la partie supérieure et antérieure existe une bande de deux centimètres de haut environ, et sur laquelle la glace provoque nettement une sensation de chaleur. *Cette bande transversale correspond précisément à C^6 et C^7.* (Voir Testut, t. III, fig. 158).

Sur le restant de la partie antérieure du thorax : perception normale du froid.

Abdomen. Dans une zone s'étendant à deux centimètres au-dessus et à deux centimètres au-dessous de l'ombilic, et limitée en haut et en dehors par le rebord des fausses côtes, le froid procure une légère sensation de chaleur.

Sur le restant de la partie abdominale antérieure, la sensation est normale.

Dos. Sensation normale partout.

3° CONTACT.

Face. Au niveau des taches brunâtres, hypoesthésie manifeste.

Membres supérieurs. Sensation bien conservée dans la partie interne, sans éruption ; diminuée dans la partie externe, éruptive. A la main, ces deux zones de sensibilité différentes sont très bien délimitées ; une partie interne est normale au contact et comprend l'auriculaire et la portion la plus interne de la main. Une partie externe est hypoesthésiée et comprend les quatre premiers doigts et le reste de la main. *Cette topographie semble calquée sur la figure de Thornburn* (Testut).

Notons que les zones normales au contact répondent, aux membres supérieurs, à une surface cutanée non éruptive. Nous avons déjà fait la même constatation pour la douleur.

Membres inférieurs. Le contact n'est perçu qu'à la face interne des cuisses. Partout ailleurs, c'est-à-dire sur le restant de la cuisse, sur toute la surface de la jambe et du pied, la perception du contact est énormément diminuées : on pro-

promène le doigt sur la peau, même avec une pression relative, sans que le malade s'en rende compte.

Ainsi la portion normale est très restreinte comparativement à ce qu'elle était au premier examen. Son étendue a diminué dans les mêmes proportions pour le contact que pour la douleur et le froid.

Poitrine et abdomen (partie antérieure). Rien de net.

Dos. Sensation normale partout.

Examen des réflexes

Nous avons vu qu'à l'époque où le malade a présenté ses symptômes de sclérose en plaques, on constatait des deux côtés de l'exagération des réflexes rotuliens et de la trépidation épileptoïde.

Actuellement les réflexes rotuliens sont exagérés, avec prédominance à droite. Il n'y a pas de trépidation épileptoïde ni de signe de Babinski.

Lorsque le sujet est étendu sur le dos, les jambes allongées, et qu'on percute le tendon rotulien, ou mieux encore le tendon du quadriceps fémoral, il se produit un réflexe particulier consistant en une *flexion* brusque du genou. Ce réflexe est plus marqué à droite qu'à gauche.

Lorsqu'on pique un peu brusquement la face interne d'une cuisse (rappelons qu'en cette partie la sensation douloureuse est conservée), le réflexe en flexion du genou se produit *du côté opposé*.

La percussion de la face *interne* des tibias provoque une extension du gros orteil.

— Sur le bord interne de chaque bras, à 5 travers de doigt au-dessus du coude, on sent une grosse nodosité.

Fin janvier 1907.— Tous les troubles sensitifs ont progressivement disparu et la sensibilité envisagée dans tous ses modes est maintenant normale partout, sauf au niveau des taches hyperchromiques de la face, sur lesquelles on constate toujours de l'hyperesthésie très marquée.

Discussion sur l'éruption et sa topographie, sur les troubles de la sensibilité et de la fonction sudorale

Eruption. — Le diagnostic de l'urticaire est des plus faciles quand on la voit tout à son début. Mais lorsqu'il s'agit d'une forme prolongée, il arrive que l'aspect typique des premières heures ou des premiers jours change considérablement, et, devant les restes de l'éruption primitive, le diagnostic peut demeurer incertain. Ainsi, dans notre cas, les petites papules presque incolores qui persistèrent si longtemps n'avaient rien de bien caractéristique. L'on eût hésité, certes, à affirmer l'urticaire si l'on n'avait observé l'éruption à son début. Mais celle-ci offrait alors tous les caractères, aussi bien subjectifs qu'objectifs de l'urticaire commune, vulgaire. Sa nature ortiée apparaissait ainsi d'une manière absolument incontestable.

Balzer et Griffon (1) citent un cas d'urticaire chronique dont ils ne pouvaient affirmer le diagnostic. Il s'agissait d'éléments circonscrits et rouges, faisant penser à une éruption due aux toxines tuberculeuses. Mais, un jour, une poussée aiguë franchement ortiée vint mettre fin à leurs hésitations.

---

(1) Société de Dermatol., 8 juillet 1897.

Notre cas ne correspond pas précisément à ce que l'on nomme urticaire chronique. On entend par ces mots, en effet, une forme qui se manifeste par des poussées successives, une urticaire à répétition. Chez notre malade, il s'agit d'une forme persistante, se rapprochant de ce que Gaucher (1) appelle l'urticaire tubéreuse, mais avec des nodosités peu développées.

D'après Gaucher, cette variété résulte presque toujours d'un trouble vaso-moteur d'origine psychique, et ce n'est jamais une urticaire *ab ingestis*. Or, si chez notre malade c'est bien une ingestion de merlans qui paraît avoir été l'occasion de son urticaire, nous devons dire qu'à maintes reprises nous avons essayé, dans la suite, de provoquer de nouvelles poussées *ab ingestis*, et que ni les poisons ni l'iodure ne nous ont jamais réussi.

Topographie de l'éruption. — Ce qu'il y a surtout de curieux dans ce cas d'urticaire, est la topographie de l'éruption. Elle est comprise, nous le répétons, dans les zones des 5e, 6e et 7e racines cervicales postérieures (fig. de Thornburn), et des 3e et 4e racines lombaires (fig. de Head et Campbell). Il s'agit d'une urticaire bien manifestement systématisée, d'une urticaire à topographie radiculaire.

Depuis que les territoires cutanés correspondant aux racines postérieures ont été délimités, les observations d'éruption à topographie radiculaire se sont multipliés, surtout pour ce qui concerne les zonas. Cette dermatose, que l'on a longtemps considérée comme toujours liée à une altération ou à une simple névralgie d'un nerf périphérique, ne répond à cette conception que dans un petit nombre de cas. A côté

---

(1) Gaucher. *Bulletin Médical*, 1896, p. 879.

des zonas périphériques, l'on sait aujourd'hui qu'il existe, beaucoup plus nombreux, des zonas radiculaires. D'autres éruptions telles que les rashs varioliques, l'érithème de la scarlatine, le purpura (1) affectent aussi, quelquefois, cette disposition particulière. Mais nous n'avons trouvé, dans les auteurs, qu'un seul cas d'urticaire analogue (voir un peu plus loin).

D'ailleurs, la distribution des éléments urticariens est un point de vue sur lequel on se montre assez court dans les livres classiques. C'est qu'en effet, il est rare de pouvoir trouver un point de repère auquel corresponde cette topographie, et l'éruption de l'urticaire partielle apparaît presque toujours comme livrée au hasard.

Charcot, cependant, cité par Grasset, parle d'un tabétique chez lequel une éruption ortiée est apparue à plusieurs reprises sur le trajet des douleurs lancinantes. Il eut été intéressant de savoir si cette éruption recouvrait un ou des territoires rhizomériques ; mais les rhizomères n'étaient pas encore délimités du temps de Charcot. *Lebar* (2) rapporte dans une observation de Jacquet un cas d'urticaire unilatéral gauche, surtout apparent à la fesse et au genou, chez un sujet qui présentait, également à gauche, une hyperesthésie névro-musculaire. *Olivier* (3) cite une urticaire réflexe d'origine oculaire ; *Féré* (4) une urticaire limitée aux parties non paralysées dans

---

(1) Armand Delille. Deux cas de purpura à topographie radiculaire ; Société de Neurologie, 6 juillet 1905.

(2) Lebar. Hyperesthésies systématisées et troubles connexes. Thèse de Paris, 1906, p. 142.

(3) *Annales de dermatol. et de syphiligr.*, 1899, p. 511.

(4) *Annales de dermatol. et de syphiligr.*, 1903, p. 532.

un cas d'hémiplégie infantile. *Hallopeau* et *Bouchot* (1) ont vu une urticaire chronique localisée à la face en deux régions symétriques. M. *Achard*, enfin, a fait à la Société de Neurologie l'intéressante communication que voici. Nous la copions textuellement dans les *Archives de Neurologie* de 1901, 2e série, p. 89.

« M. Achard communique deux cas ayant présenté cette particularité :

» 1° Une femme ayant présenté une urticaire thoracique sans cause toxique appréciable, 15 jours après un accouchement ;

» 2° Un homme atteint d'épanchement pleural léger, avec érithème thoracique en étage régulier.

» M. Déjerine, en examinant les dessins, déclare que ces éruptions répondent à une ceinture radiculaire, et qu'il doit y avoir quatre racines atteintes. »

Le cas de la première malade est particulièrement remarquable, puisqu'il s'agit, comme dans notre observation, d'une urticaire à topographie radiculaire. C'est le seul, nous le répétons, que nous ayons pu trouver dans nos recherches bibliographiques.

Troubles sensitifs. — Nous avons vu que les perturbations de la sensibilité existent, très accusées, chez notre malade. Suivant les endroits observés, ces atteintes portent sur la sensibilité à la douleur, au contact, au chaud ou au froid. Dans l'urticaire, le plus souvent, on note de l'hyperésthésie, c'est là un fait bien connu. Grâce à elle, des excitants banaux, comme le froid, la chaleur du soleil, le contact, suffisent, en impressionnant la peau, pour provoquer l'éruption. Afin de montrer toute l'importance de l'hyperésthésie sensi-

---

(1) *Annales de dermatol. et de syphiligr.*, 1901, p. 1100.

tive vis-à-vis de diverses influences contenues dans l'air extérieur, Jacquet enveloppe d'ouate un membre recouvert d'élevures, et ayant ainsi préservé la peau, il constate que l'éruption disparaît rapidement. .

Mais si l'on compare l'état physiopathologique de la surface cutanée dans l'urticaire commune et dans le cas que présente notre malade, l'on voit aisément quelle grande différence les sépare. Là, nous n'avons qu'une simple hyperésthésie, une simple délicatesse de la peau. Ici, suivant les zones considérées, l'on constate de l'hypo ou de l'hyperésthésie à la piqûre, de l'inversion de la sensibilité thermique, de l'hypoesthésie au contact.

Nous aborderons plus loin l'interprétation de ces troubles sensitifs. Constatons maintenant que la surface éruptive :

1° Est normale pour certaines sensations, alors que, pour celles-ci, les zones voisines et non éruptives sont adultérées. C'est ainsi qu'un morceau de glace appliqué sur la face interne de la cuisse, éruptive, provoque une sensation de froid; tandis qu'appliqué sur la face, non éruptive, il provoque une sensation de chaleur.

2° La surface d'éruption offre l'inverse des phénomènes ci-dessus : La piqûre est à peine sentie, aux membres supérieurs, sur la zone éruptive; elle l'est fort bien, au contraire, sur la zone vierge d'éruption.

3° La surface d'éruption est normale pour certaines sensations, anormale pour d'autres. Aux membres supérieurs l'on a en effet (examen du 10 décembre) : glace = froid ; piqûre = hypoesthésie.

4° En outre, ces phénomènes sont parfois susceptibles de se transformer dans l'intervalle de deux examens : Le 10 décembre, la zone éruptive des membres supérieurs est hypoesthésiée ; le 16 décembre, elle est hyperesthésiée.

Troubles sudoraux. — Nous avons noté, dans l'observation, les poussées d'hyperhydroses localisées que présenta le malade à plusieurs reprises. Ces troubles sudoraux étaient particulièrement curieux aux membres inférieurs, où ils siégaient dans les mêmes zones que l'éruption, affectant ainsi une topographie nettement radiculaire. En outre, ils se rappochent encore de l'urticaire en ce qu'ils procédaient par poussées, comme fait souvent celle-ci.

Les hyperhydroses localisées et qui reconnaissent manifestement une origine nerveuse, comme dans le cas qui nous occupe, sont connues et souvent signalées. C'est ainsi qu'on peut voir chez certains malades, en proie à des accès de migraine, le visage se recouvrir de sueur, complètement ou partiellement, On a signalé des hémidroses (1); Kaposi, cité par Andry (2), a relaté des hyperhydroses croisées. Dans la syringomiélie on a constaté des sueurs profuses, procédant par crises, et qui recouvrent les régions d'anesthésie (3). L'hystérie, elle aussi, peut donner lieu à des phénomènes analogues (4). Dans certaines névrites périphériques; enfin, on a pu voir ces troubles sudoraux apparaître sur le trajet des nerfs. Mais nous n'avons pu trouver nulle part d'autre exemple d'hyperhydrose à topographie radiculaire.

---

(1) Grasset. *Les centres nerveux*, p. 595.

(2) *Prat. Dermatol*, t. III, p. 405.

(3) Grasset et Rauzier. *Traité prat. des mal. du syst. nerv.*, 4e éd., t. I, p. 776.

(4) Gilles de La Tourette. *Traité de méd. de Brouardel* ; art. Hystérie, t. X, p. 252.

DIAGNOSTIC

Quel nom donner à cet ensemble de troubles, quel diagnostic doit-on porter ?

En présence de tant de symptômes divers, dont tous semblent résulter d'une perturbation du système nerveux, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'hystérie.

Faisons d'abord une constatation : c'est que le malade a présenté des troubles à topographie rigoureusement radiculaire, et que ce fait exclut, pour eux, ce diagnostic. Comme le dit Gilles de la Tourette (1), en effet, si un territoire anesthésié recouvre la zone de distribution d'un nerf périphérique ou d'une racine postérieure, on doit écarter résolument la grande névrose. Le même raisonnement paraît évidemment applicable aux autres troubles, d'ordre trophique ou vasomoteur présentés par le sujet. Ils ne sont donc pas de nature hystérique.

Cela ne prouve pas, néanmoins, que notre malade ne soit pas atteint d'hystérie. La recherche des stigmates nous montra l'abolition des réflexes pharyngien et cornéen, et le clou hystérique de la tête. Mais ces seuls symptômes sont-ils bien

(1) Gilles de La Tourette, *loco citato*, p. 208.

probants ? D'après Babinski (1) « L'hystérie est un état psy-
» chique spécial qui se manifeste principalement par des
» troubles qu'on peut appeler primitifs et accessoirement par
» des troubles secondaires.

« Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est
» possible de les reproduire par suggestion chez certains
» sujets avec une exactitude rigoureuse, et de les faire dis-
» paraître sous l'influence exclusive de la persuasion.

» Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils
» sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. »

Pour employer avec fruit la suggestion et la persuasion chez notre sujet, il nous eût fallu connaître parfaitement la langue kabyle ; aussi n'avons-nous pas obtenu, dans nos tentatives, de résultats bien concluants.

Mais la paraplégie et les tremblements intentionnels qu'a présentés le malade et qui nous paraissent presque certainement des symptômes de pseudo-sclérose en plaque, rendent l'hystérie très probable.

Nous avons aussi songé à la *lèpre*, bien que cette maladie soit rare chez les indigènes d'Algérie. Presque tous les cas observés à l'Hôpital d'Alger sont fournis par des Espagnols émigrés du Nord-Est de l'Espagne. Mais MM. les professeurs Gémy et Brault (2), d'Alger, en ont signalé un certain nombre de cas chez les indigènes. En faveur de la lèpre, nous trouvons, chez notre sujet, les taches hyperchromiques de la face, les nodosités sus-épitrochléennes et une certaine bouffissure

---

(1) Babinski. *Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme*. Conférence faite à la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris, 1906, page 17.

(2) J. Brault. *Pathologie et Hygiène des Indigènes Musulmans d'Algérie*, p. 79.

du visage qui donne un peu à ce dernier le facies léonin. Mais la recherche du bacille de Hansen fut négative, et il est à noter, d'ailleurs, que ce n'est guère le fait des troubles sensitifs lépreux de disparaître, comme chez ce malade.

Y a-t-il syringomyélie ? Cestan et Huet (1) ont publié deux cas de cette maladie où les troubles sensitifs affectaient une topographie radiculaire apparente. D'autres auteurs ont aussi rapporté de nombreux cas qui sont venus à l'appui de cette opinion nouvelle, que Max Laëhr fut un des premiers à professer, et d'après laquelle l'anesthésie syringomiélique n'est très souvent que pseudo segmentaire ; elle répond alors, en réalité, à des territoires radiculaires. Mais chez notre malade nous avons recherché sans résultats bien convaincants la dissociation syringomiélique au niveau des zones anesthésiées. Rappelons-nous d'ailleurs, comme précédemment pour la lèpre, que les troubles sensitifs disparurent complètement au bout d'un temps relativement court.

Les tremblements intentionnels et la paraplégie que présenta le malade éveillent naturellement l'idée de la sclérose en plaques. Il est presque sûr qu'il s'agit ici d'une pseudo-sclérose en plaques, puisque les deux symptômes précités n'eurent qu'une durée si courte. Nous devons dire, cependant, qu'on observe fréquemment des rémissions dans la vraie sclérose en plaques ; qu'il peut arriver que la paraplégie disparaisse, et même que la maladie guérisse complètement : « Charcot admet, dans ce dernier cas, une res- » tauration totale des tubes nerveux, dont le cylindre-axe,

---

(1) Deux cas de syringomyélie à topographie radiculaire des troubles sensitifs et des troubles moteurs ; *in Revue de Neurologie*, janv. 1902.

» demeuré intact, s'entoure à nouveau d'une gaîne de » myéline (1) ».

Ainsi donc, sans la rejeter absolument, nous considérons comme très improbable la sclérose en plaques. Ajoutons qu'elle n'expliquerait pas, du reste, les symptômes les plus intéressants que relate notre observation : les troubles rhizomériques. C'est vraisemblablement l'hystérie qui doit être mise en cause. Cette névrose, on le sait, peut fort bien la simuler (2).

Les troubles rhizomériques que présente notre sujet ne semblent donc ressortir à aucune des maladies que nous venons de passer en revue. De quoi s'agit-il donc?

La topographie des symptômes nous indique le siège de la lésion. Puisqu'ils sont rigoureusement radiculaires, en effet, il paraît logique d'admettre que celle-ci intéresse les racines postérieures. Au point de vue de sa nature, la lèpre et la syringomiélie étant écartées, il nous reste la variole. Cette fièvre éruptive retentit fréquemment sur les centres nerveux, et nous pensons que l'explication de ces troubles sensitifs, trophiques et vaso-moteurs à distribution rhizomérique doit être recherchée dans une intoxication variolique retentissant sur les racines postérieures.

L'on doit se demander s'il y a lésion proprement dite, lésion organique. Dans ce cas, on s'expliquerait mal la disparition totale et relativement rapide des troubles observés. Il semble qu'il s'agit seulement d'une simple lésion dynamique, passagère et curable, et qui exerce son influence sur une portion du système nerveux correspondant aux 5e, 6e et 7e raci-

---

(1) Grasset et Rauzier. *Traité prat. des mal. du syst. nerv.*, 4e éd., t. I, p. 819, et note 2 de la même page.

(2) Grasset et Rauzier, *loco cit.* t. I, p. 818.

nes cervicales et aux 3e et 4e racines lombaires postérieures. « Il n'est pas nécessaire, dit Lenglet (1), que la zone nerveuse centrale qui commande le champ de la trophonévrose » soit lésée pour que l'affection trophique se manifeste : il » existe des exemples de trophonévroses réflexes. »

Ce trouble dynamique peut siéger dans lès ganglions rachidiens, et les symptômes cutanés dans ce cas, sont exactement comparables aux zonas d'origine ganglionnaire, dont les observations ne sont pas rares.

Mais la topographie radiculaire des symptômes comporte-t-elle forcément ce siége ganglionnaire de la lésion ? Non, sans doute, si l'on s'en rapporte à l'opinion de M. Déjerine, basée sur une observation qu'il a résumée lui-même et que nous croyons devoir citer.

Observation de M. Déjerine (2)

« Homme de 54 ans, atteint depuis l'âge de 27 ans de paraplégie par fracture de la colonne vertébrale. Cette paraplégie était flasque, avec abolition de tous les modes de sensibilité et des réflexes tendineux et cutanés. Dans la moitié droite antérieure et postérieure du thorax, il existait une dissociation syringomiélique (analgésie et thermoanesthésie) s'arrêtant en avant au-dessous de la clavicule, en arrière au niveau de l'épine de l'omoplate. Cette même dissociation syringomiélique, avec intégrité de la sensibilité tactile, se retrouvait sur la face interne du bras, de l'avant-bras et de la main, sous forme d'une bande longitudinale occupant le tiers de la

---

(1) *Pratique dermatologique*, t. IV, p. 524.

(2) Rapportée par Langevin, dans sa thèse, p. 45.

face antéro-interne et postéro-interne du bras et de l'avant-bras, la partie interne de la main, le petit doigt et la face interne de l'annulaire, c'est-à-dire les territoires innervés par les deuxième et première dorsale, la huitième cervicale et une partie de la septième. A l'autopsie on trouva une destruction complète de la moelle épinière par les fragments osseux, au niveau des première, deuxième, troisième paires lombaires. Au-dessus de la lésion, cavité syringomiélique qui, à partir de la dixième paire dorsale, se limite à la base de la corne postérieure droite qu'elle détruit complètement jusqu'au niveau de la première dorsale. Au niveau de la huitième et de la septième paire cervicale, la corne postérieure n'est pas détruite, mais la lésion, sous forme de fente, la sépare à sa base d'avec la corne antérieure. Intégrité complète des racines postérieures. »

Voilà donc une observation qui prouve bien qu'une lésion des cornes postérieures de la moelle peut causer des symptômes sensitifs radiculaires. Le même raisonnement peut évidemment s'appliquer lorsque, au lieu d'une lésion organique, il n'y a qu'une simple irritation

---

PATHOGÉNIE

Les troubles radiculaires que nous avons étudiés résultent-ils d'une irritation primitive des centres nerveux, ou faut-il les considérer comme un phénomène réflexe dont le point de départ serait ailleurs, dans d'autres organes ? (1) Cette dernière hypothèse trouve son appui dans les travaux de Head, qui a montré qu'une irritation viscérale se transmet par les fibres sympathiques aux segments médullaires qui leur correspondent. Or, en ces points, aboutissent les nerfs des racines postérieures, dont dépend l'innervation sensitive de certains territoires cutanés. L'irritation d'un organe étant ainsi transmise à l'origine des nerfs sensitifs, si on excite les territoires cutanés correspondants, la réaction sera plus vive qu'à l'état normal ; il y aura hyperestésie cutanée.

Il paraît évident que l'arc réflexe qui, dans le cas de Head, est sympatico-sensitf, peut être tout aussi bien sympatico-trophique ou sympatico-sudoral. On comprend dès lors qu'une irritation viscérale puisse donner lieu aux hyperes-

---

(1) Nous nous sommes particulièrement inspiré, dans ce chapitre, de la thèse de Lebar : *Hyperesthésies systématisées et troubles connexes*. Thèse de Paris, 1906.

thésies, hypersécrétions et troubles vasculaires que présentait notre malade.

On trouve dans la thèse de Lebar des observations nombreuses, de Jacquet ou de lui-même, où des lésions viscérales diagnostiquées avec précision donnent lieu à des troubles sensitifs du même côté :

Tuberculose pulmonaire du sommet *droit* ; orchi-épidymite *droite ;* hémi-hyperesthésie superficielle et profonde *droite* (obs. 21). — Pleurésie séreuse *droite* aiguë*;* hyperesthésie généralisée à prédominance *droite* (obs. 33 *ter*). — Salpingo-ovarite *droite* ; hyperesthésie superficielle et profonde *droite* (obs. 61), etc.

Un fait important est la relation étroite qui existe entre les troubles sensitifs ou autres symptômes vaso-moteurs et trophiques qui les accompagnent, et l'irritation viscérale de laquelle ils résultent. Les modifications de ces troubles réflexes traduisent les modifications du viscère irrité ; elles marchent de pair avec elles.

Un malade de M. Jacquet (Lebar, p. 63), présente une hyperesthésie névro-musculaire des plus nettes intéressant tout le côté gauche du corps, et due à une ulcération syphilitique du bord gauche de l'épiglotte. On soigne cette petite lésion, et quand elle est guérie, les troubles sensitifs qu'elle causait ont entièrement disparu.

Un peu plus loin (p. 67), Lebar cite le cas d'un autre malade, tuberculeux au troisième degré au sommet gauche, avec hyperesthésie névro-musculaire de tout le côté gauche du corps. Un jour se déclare au poumon *droit* une broncho-pneumonie, et l'on constate en même temps que l'hyperesthésie est passée à *droite*. Avec la guérison de cette poussée aiguë, l'hyperesthésie revint à gauche.

L'on sait que les hémi-hyperesthésie sont considérées par beaucoup comme un phénomène hystérique. Mais si l'on s'en

rapporte à la conception de Babinsky sur cette névrose, on voit que celles dont nous venons de parler échappent complètement à la définition qu'a donnée cet auteur des phénomènes hystériques. Ce n'est point la suggestion qui les a fait naître, mais une irritation viscérale ; et c'est la guérison de celle-ci qui les fera disparaître : la persuasion n'y peut rien. Chez notre malade, nous avons, en outre, une autre raison pour écarter l'hystérie comme cause de ces symptômes cutanés ; c'est, comme nous l'avons dit plus haut, leur topographie radiculaire.

Lebar rappelle, au sujet des troubles unilatéraux qu'il étudie dans sa thèse, les expériencss de Brown-Séquard « qui » a montré que les *irritations périphériques unilatérales* : » section des nerfs, section de la peau, application de sub- » tances corrosives sur les téguments... déterminent du » côté correspondant à l'excitation, les phénomènes les plus » variés de *dynamogénie* : hyperesthésie de la peau, des » muscles, hypersécrétion des glandes, etc., et du côté » opposé des phénomènes d'*inhibition* : anesthésie, paraly- » sie, etc, » (p. 90), et il cite, entr'autres, la phrase suivante de cet auteur : « C'est une question non encore résolue de » savoir si *ce qui se perd en un point* n'est pas ce qui *se mon-* » *tre en excès dans l'autre*, et si en réalité il n'y a pas simple- » ment *déplacement de force* » (1).

Ce déplacement de l'énergie sensitive semble apparaître d'une façon souvent remarquable dans les observations contenues dans la thèse de Lebar. Nous en avons cité quelques-unes. Signalons encore le phénomène suivant obtenu par M. Jacquet et, après lui, par d'autres cliniciens :

---

(1) Brown-Séquard. *Gazette de médecine et de chirurgie*, janvier 1882, n° 5.

Chez un malade atteint de névralgie sciatique l'on peut, par des pulvérisations de chlorure de méthyle sur le membre sain, obtenir une cessation brusque de la douleur. L'hypothèse de Brown-Séquard ne satisfait-elle pas complètement l'esprit dans ce cas? L'énergie sensitive n'augmente pas, ne diminue pas : elle se meut ; et sa masse totale reste toujours la même. C'est la loi générale de la conservation de l'énergie appliquée aux phénomènes sensitifs.

Dans les cas de Brown-Sequard, Jacquet et Lebar, il s'agissait d'irritations unilatérales, donnant lieu à des symptômes unilatéraux. Dans notre cas, l'irritation nerveuse est bilatérale et symétrique ; aussi trouve-t-on dans chaque côté du corps, mêlés les uns autres ou tout au moins très rapprochés, des symptômes d inhibition et des symptômes de dynamogénie.

L'observation que nous apportons dans cette thèse montre que les diverses perturbations sensitives et les autres troubles connexes, se systématisent parfois avec une précision remarquable puisqu'ils peuvent correspondre à des territoires radiculaires bien déterminés.

ÉTIOLOGIE

Notre malade, nous l'avons dit, est très probablement un hystérique ; et c'est sur les symptômes de pseudo-sclérose en plaques qu'il présenta que nous avons principalement basé ce diagnostic.

Dans sa thèse de doctorat inspirée par Teissier, notre Maître M. le professeur Crespin (1), insiste sur le rôle étiologique des maladies infectieuses dans le développement de certaines névroses. Dans les nombreuses observations qu'il rapporte, il en est une ayant trait à une femme qui, après une variole légère, eut aussi des phénomènes de pseudo-sclérose en plaques. Il explique le développement de ces névroses post-infectieuses par une intoxication, soit d'origine hépatique, quand le foie ne neutralise plus les toxines, soit d'origine rénale, lorsque l'infection, ayant plus ou moins retenti sur le rein, celui-ci remplit mal ses fonctions d'émonctoire.

La pseudo-sclérose en plaques de notre malade est-elle la première manifestation hystérique qu'il eut jamais ? La maladie infectieuse a-t-elle, chez lui, donné naissance à la grande

---

(1) J. Crespin. *Essai d'interprétation pathogénique de certaines névroses post-infectieuses.* Thèse de Lyon, 1891.

névrose ou l'a-t-elle seulement réveillée, rendue plus intense ? Les deux hypothèses sont plausibles, mais l'interrogatoire du sujet ne nous a pas permis d'opter pour l'une ou pour l'autre.

En ce qui concerne les symptômes à topographie radiculaire, nous avons écarté l'hystérie comme cause essentielle. Mais est-ce à dire qu'elle n'ait exercé aucune influence sur eux, qu'ils eussent tout aussi bien apparu si le sujet n'était pas hystérique ?

Non sans doute. On doit toujours prendre en considération, dans l'étiologie des maladies du système nerveux, les atteintes organiques ou dynamiques de ce dernier. La cause qui doit produire l'affection nerveuse ne s'exerce pas de la même manière chez un sujet à système nerveux normal, complètement sain, et chez un autre qui l'a fortement ébranlé. Dans le premier cas, en effet, la résistance étant puissante, il faudra une action plus énergique et plus prolongée de la cause morbide. Dans le second, le terrain est déjà préparé, l'équilibre est instable, et sa rupture se fera aisément.

On conçoit donc que les hystériques soient plus que les autres influencés par les actions morbides retentissant sur leur système nerveux, puisque celui-ci est si fortement ébranlé. Une cause occasionnelle légère sera suffisante.

Ici, ce fut une ingestion de poissons qui rompit l'équilibre, qui produisit, en même temps que l'urticaire, les autres troubles nerveux que nous avons signalés. Selon la conception de Brown-Séquard, elle détermina le déplacement de l'énergie nerveuse, la rendant plus intense en un point, plus faible en un autre ; provoquant ici des phénomènes d'inhibition (anesthésies, hypoesthésies, urticaire), là des phénomènes de dynamogénie (hyperesthésies, hypersécrétions).

Cette ingestion de poissons n'a, en elle-même, qu'une influence bien minime, en vérité. Mais une autre cause, beaucoup plus essentielle, agit puissamment déjà sur le système

nerveux : c'est l'intoxication variolique. Cette cause irritative, cependant, n'est pas encore assez forte pour donner lieu à des manifestations extérieures. Son énergie est latente. Mais il lui faudrait si peu pour acquérir ce qui lui manque ! Voilà pourquoi l'ingestion de poissons suffit à occasionner ce riche cortège de troubles sensitifs, vaso-moteurs et vaso-sécréteurs que nous avons décrits.

Lebar insiste dans sa thèse sur l'importance de chaque excitation nerveuse, quelque faible qu'elle soit. L'action n'est point perdue, elle s'emmagasine, s'ajoute aux autres déjà existantes, et cette « *addition latente* », petit à petit, peut amener un jour une brusque décharge, vers la périphérie, de l'énergie ainsi enregistrée :

« Si certaines causes d'irritation, même brusques, violentes, semblent n'apporter aucun trouble dans le fonctionnement sensitif, c'est là une apparence. La réaction existe, elle est minime peut-être et échappe à notre examen. En tous cas, cette excitation n'est pas perdue : elle s'enregistre, s'emmagasine dans les centres, conservée jusqu'au moment où une irritation, même faible, en éveillant *l'énergie accumulée latente*, peut provoquer un ébranlement disproportionné à son importance. On rentre dans la théorie générale de la *sommation*, et l'on comprend l'assimilation des mécanismes vitaux à celui des corps *explosifs* (1). »

Il résulte de ces faits que toutes les causes d'excitation du système nerveux doivent être prises en considération dans l'étiologie des affections nerveuses.

---

(1) Lebar, *loco citato*, p. 96.

TRAITEMENT

Puisqu'il faut, autant que possible, tirer des conclusions thérapeutiques de l'étude des processus morbides, nous consacrerons quelques lignes au traitement que comporte le cas de notre malade.

Les symptômes nerveux que nous avons étudiés sont, les uns hystériques (pseudo sclérose en plaques), les autres liés, vraisemblablement, à un trouble purement dynamique du système nerveux. Le malade bénéficiera donc de toutes les conditions qui peuvent favoriser le repos de ses centres, lui éviter les causes extérieures ou personnelles d'excitation.

Si l'on croit devoir se servir de médicaments nervins, les bromures paraîtront fort bien indiqués, non seulement à cause de leur action modératrice sur le système nerveux central, mais aussi pour leur influence sédative générale.

On n'oubliera pas que l'hyperexcitabilité s'accompagne toujours d'un degré plus ou moins accusé de faiblesse générale, qui contribue à l'entretenir. Lutter contre celle-ci sera donc combattre indirectement celle-là ; et la médication tonique devra s'allier ainsi à la médication sédative.

Ells sera d'autant mieux indiquée que le sujet est atteint de tuberculose pulmonaire au début. On utilisera avec avantage les préparations de quinquina et d'arsenic, et celui-ci sera employé de préférence sous forme de cacody-

late de soude en injections hypodermiques. Remarquons d'ailleurs que l'arsenic a été utilisé dans des cas d'urticaire chronique, et qu'il y a donné, paraît-il, quelques bons résultats.

La nourriture sera aussi substantielle que possible, et l'on devra s'efforcer d'entretenir chez le sujet un excellent appétit que l'on réveillera, au besoin, par des eupeptiques divers. On n'oubliera pas de surveiller attentivement le fonctionnement du tube digestif et les émonctoires, le rein notamment.

Une médication directe n'aurait pas grande action sur les symptômes cutanés. Pour eux, la meilleure thérapeutique est celle qui s'adresse à l'état général : en devenant plus fort le sujet éliminera mieux ses toxines, rétablira plus facilement son équilibre nerveux, et les troubles finiront ainsi par disparaître d'eux-mêmes.

Toutefois, puisque l'on connaît précisément à quelles racines rachidiennes correspond l'excitation centrale qui produit ces troubles rhizomériques, on pourrait utiliser la faradisation en appliquant une électrode successivement au niveau de chaque racine atteinte, tandis que l'autre serait promenée sur les territoires cutanés correspondants.

CONCLUSIONS

En nous appuyant sur le cas que nous venons d'analyser, sur les travaux de Brown-Séquard, Head, Jacquet et Lebar, il nous semble que nous pouvons maintenant formuler les conclusions suivantes à ce modeste travail :

1° La variole, même légère, peut entraîner un certain nombre de troubles indiquant un ébranlement profond du système nerveux. Les uns sont purement hystériques, imitant, par exemple, la sclérose en plaques.

2° D'autres troubles ne relèvent pas de la grande névrose, bien qu'ils s'observent de préférence chez les hystériques. L'on peut supposer qu'ils ont pour origine une irritation viscérale qui vient troubler, par un mécanisme réflexe, l'équilibre sensitif, vaso-moteur, trophique des téguments. Ils suivent d'ailleurs les modifications de cette cause irritative viscérale.

3° Ces troubles, hyper ou hypoesthésie, éruption urticarienne, sueurs, sont susceptibles d'affecter une topographie rigoureusement radiculaire.

4° La théorie dynamogénique de Brown-Séquard leur semble parfaitement applicable. Ils résulteraient, ainsi, d'un simple déplacement de l'énergie, avec conservation de la somme totale énergitique.

5° Le traitement doit avoir le double but de relever l'état général affaibli et de rétablir l'équilibre nerveux rompu. L'état du système nerveux, d'ailleurs, est, dans le cas qui précède, subordonné pour une large part à celui de l'état général.

BIBLIOGRAPHIE (1)

AUDRY. — Maladies des glandes sudoripares. in *La pratique dermatologique.*

BABINSKY. — Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme. (*Conférence faite à la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris, séance du 28 juin 1906*).

G. BALLET. — Lésions nerveuses dans un cas de zona cervical, *Société médicale des Hôpitaux*, 1900, p. 706.

BRISSAUD. — Leçons sur les maladies nerveuses (1re et 2e séries).

BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine et de thérapeutique.

CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. — Traité de médecine.

CONSTENSOUX. — Etude sur la métamérie du système nerveux et les localisations métamériques, thèse, Paris 1900.

GRASSET et RAUZIER. — *Traité pratique des maladies du système nerveux.*

GUILLAIN. — Les hyperesthésies cutanées en rapport avec les affections viscérales. Etude critique et comparée des idées de Henry Head, in *Revue de Médecine*, 1901, p. 249.

HALLOPEAU. — Les urticaires, *Semaine médicale*, 1894, p. 129.

HUET et GUILLAIN. — Les troubles de la sensibilité à topographie radiculaire dans la syringomiélie, *Presse médicale*, 1901, p. 29.

(1) Se reporter aussi aux ouvrages ou revues que nous avons déjà cités dans le cours de cette thèse.

JACQUET. — Troubles de la sensibilité, *Pratique dermatologique*, t. IV.
— Hémi-hypéresthésie névro-musculaire avec tranfert. *Société médicale des Hôpitaux*, 1899, p. 452.
LANGEVIN. — Étude sur la métamérie cutanée, en particulier dans le zona et les fièvres éruptives. Thèse Paris, 1903.
LEBAR. — Hyperesthésies systématisées et troubles connexes. Thèse Paris, 1906.
LENGLET. — Trophonévroses, in *La pratique dermatologique*, t. IV.
ROGER. — Les maladies infectieuses.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 12 avril 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 avril 1907.
Pour le Recteur,
Le Doyen délégué,
VIGIÉ.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!